

## Medizinischer Fragebogen

Geschätzte Patienten

da wir in der Praxis Dr. Fierz mit elektronischer Krankengeschichte arbeiten danken wir Ihnen, wenn Sie uns zur Kontrolle der bestehenden Daten, zur Aufnahme von neuen Begebenheiten oder für eine Check-up-Untersuchung die nachfolgenden Fragen beantworten. Wenn Ihnen eine Frage zu persönlich erscheint, lassen Sie das Feld frei.

Besten Dank.

**IHR NAME:** \_\_\_\_\_

**GEBURTSDATUM:** \_\_\_\_\_

IHR BERUF/IHRE TÄTIGKEIT: \_\_\_\_\_

IHR ARBEITSORT: \_\_\_\_\_

IHRE GRÖSSE: \_\_\_\_\_ CM

IHR GEWICHT \_\_\_\_\_ KG

### 1. Was erwarten Sie vom heutigen Arztbesuch oder Check-up?

---

---

---

---

Welcher Untersuchungsschwerpunkt ist Ihnen am Wichtigsten?

Kopf     Herz     Gefässe     Darm     Lunge     anderes

### 2. Welches ist zurzeit Ihre Hauptbeschwerde?

---

---

---

---

---

### 3. Persönliche Anamnese.

Weitere Krankheiten oder Beschwerden:

NEIN	JA		Was	Wann
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herz/Kreislauf		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lunge		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magen/Darm		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leber (Gelbsucht)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nieren/Blase		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haut		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Augen		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zähne		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hals/Rachen		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ohren		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stirn-/Kieferhöhlen		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nervensystem		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zuckerkrankheit		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heuschnupfen		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergie		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medikamentenunverträglichkeit		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma bronchiale		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anderes		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wurden sie gemäss den aktuellen Richtlinien geimpft?		
Welche Impfungen wurden bereits durchgeführt? (vor allem in den letzten 10 Jahren) Bitte Impfausweis mitbringen!				<b>Jahr</b>

Welche Operationen wurden durchgeführt?

Was	Wo	Wann

Frühere Verletzungen und / oder Unfälle?

Was	Wann

Welche Beschwerden sind noch aktuell?

---



---



---

Gibt es Unterlagen, Berichte von anderen Ärzten, Spitäler, die wir noch nicht haben?

Nein

Ja

wenn ja: dürfen wir diese Unterlagen mit Ihrem Einverständnis bestellen?

Ja

Nein

Bei wem? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmässig Medikamente?

NEIN       JA, welche?

Name Medikament	Dosierung

Weitere Medikamente auf der Rückseite →

Treiben Sie Sport?

NEIN       JA Welche Sportarten?

Wie häufig?

Welche Sportarten?	Wie häufig?

Arbeitsunfähigkeit in den letzten Jahren?

NEIN       JA Wie oft? \_\_\_\_\_ Anzahl Tage \_\_\_\_\_

Grund? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?

NEIN       JA Wie viel? \_\_\_\_\_/Tag

Trinken Sie Alkohol?

NEIN       JA Wie viel? \_\_\_\_\_

Wie häufig? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Drogen?

NEIN       JA Welche? \_\_\_\_\_



Name der Mutter	Geburtsjahr
Krankheiten der Mutter	

Wie viele Geschwister haben Sie? \_\_\_\_\_

Namen	Geburtsjahr
Krankheiten der Geschwister	

Wie viele Kinder haben Sie? \_\_\_\_\_

Namen	Geburtsjahr
Krankheiten der Kinder	

**Erkrankungen in der erweiterten Familie (Grosseltern, Onkel, Tante, Cousin)**

	NEIN	JA	Wer?	Was?
Herz-Kreislauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anderes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

